

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. H. PACANOWSKI. Przyczynek do określenia opukowego granic żołądka. — III. L. WOLBERG. Gorączka powrotna u dzieci [Ciąg dalszy]. — *Dział sprawozdawczy.* 52. FRANZ MRAČEK. O przymiocie oczodołu. — 53. ZWEIFEL. O stosunkach wchłaniania przez błonę śluzową ludzkiego żołądka ze względów rozpoznawczych i o wchłanianiu w żołądku w stanach gorączkowych. — 54. CAHN i v. MERING. O kwasach zdrowego i chorego żołądka. — Wiadomości bieżące. — Odpowiedzi Redakcyi. — Ogłoszenia.

Z KLINIKI PROFESORA LEUBE'GO W WUERZBURGU.

I. PRZYSZYNEK DO OKREŚLENIA OPUKOWEGO GRANIC ŻOŁĄDKA.

(Rzecz odczytana na posiedzeniu klinicznym Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego d. 19. X. 1886).

Napisał

D-r med. Henryk Pacanowski.

b. ordynator kliniki wydziałowej wewnętrznej.

Metody fizykalnego badania żołądka — jeśli pominiemy stosowanie zgłębnika — są dotychczas jeszcze nader nieliczne. Zależy to przeważnie od trudności, uwarunkowanych zarówno budową, jak i położeniem anatomicznym tego narządu. To też w podręcznikach dyagnostyki fizykalnej, nawet najnowszych, bardzo mało znajdujemy danych o tym przedmiocie. W szeregu różnych sposobów badania, o p u k i w a n i e żołądka należy do bardziej, niż inne, dostępnych, jakkolwiek i ono wobec pomysłnych jedynie warunków wykonać się daje. Przeglądając dzieła GERHARDT'a ¹⁾, GUTTMANN'a ²⁾ i EICHHORST'a ³⁾, przekonywamy się, iż autorowie ci w bliższe szczegóły nie wchodzą, lecz poprzestają raczej na wymienianiu trudności, jakie przy opukiwaniu żołądka napotykać można.

GERHARDT radzi opukiwać tylko w położeniu poziomem chorego; zaleca przytem wielką oględność w wysnuwaniu wniosków, na zasadzie badania otrzymywanych, a wobec napełnienia żołądka zawartością płynną, uważa nawet — rzecz dziwna — opukiwanie za niemożliwe. EICHHORST jeszcze mniej szczegółów przytacza; zaznaczając, zupełnie słusznie zresztą, iż własności odgłosu opukowego znacznym i szybkim ulegają zmianom; opisuje on głównie stosunek anatomiczny

¹⁾ GERHARDT. Lehrb. d. Ascult. u. Percuss. III. Aufl. str. 152.

²⁾ GUTTMANN. Lehrb. d. klin. Untersuch. T. III Aufl. str. 336.

³⁾ EICHHORST. Lehrb. d. physikal. Untersuch. T. II. str. 142.

pojedynczych części żołądka do narządów sąsiednich i szkieletu; natomiast faktów, mających dla lekarza wartość praktyczną, wcale prawie nie podaje.

Co się tyczy granic żołądka, za pomocą opukiwania określanych, to autorowie również niezgodnie otrzymywali wyniki; tak np. GERHARDT stwierdza badania odnośnie WAGNER'a ¹⁾, gdy tymczasem GUTTMANN odmienne podał cyfry.

Ze względu na doniosłość praktyczną dokładnego określania granic żołądka, usiłowano w nowszych czasach wprowadzić pewniejsze metody. Szczególniej odnosi się to do r o z s z e r z e n i a żołądka. Badania najnowsze wykryły, iż występuje ono dość często jako samoistny obraz kliniczny; powstać może bowiem nie tylko następnie, skutkiem przeszkód mechanicznych utrudniających wydalanie zawartości żołądkowej, lecz także pierwotnie, wskutek niedowładu błony mięsnej żołądka. Objawy tego rodzaju, jak np. obfite wymioty lub plask, pojawiający się przy wstrząsaniu okolicy żołądka, należą do bardzo niepewnych i wątpliwości rozpoznawczych w danym razie, bez użycia zgłębnika, rozstrzygnąć nie są w stanie.

W roku 1875 PENZOLDT ²⁾ zwrócił po raz pierwszy uwagę na t. zw. „smugę stłumienia“ (*Dämpfungsstreifen*); wlewając do żołądka wodę za pomocą zgłębnika, określał on wysokość płynu, dającego przy opukiwaniu odgłos stępiiony. Prawie jednocześnie LEUBE ³⁾ ogłosił sposób oznaczania dolnej granicy żołądka, polegający na wymacywaniu wewnętrznego końca zgłębnika przez powłoki brzuszne, względnie przez odbytnicę. ROSENBACH ⁴⁾ za pomocą odpowiedniego rękoczynu usiłował oznaczać poziom płynu, wprowadzonego przez zgłębnik do żołądka; jest to jednakże sposób tak złożony, iż o zastosowaniu go w praktyce zwykłej mowy być nie może. Wreszcie SCHREIBER ⁵⁾ połączył wewnętrzny koniec zgłębnika z balonikiem kauczukowym i przez wtłaczanie doń powietrza starał się dolną granicę żołądka określić.

Na szczególną wzmiankę zasługuje sumienna i mozolna praca PONIKŁY ⁶⁾. Wykonał on na zwłokach oraz na chorych liczny szereg doświadczeń, z których przekonał się, iż określenie dolnej granicy żołądka napotyka najczęściej na wielkie trudności, a nieraz staje się prawie niemożliwym. Po rozebraniu krytycznem rozmaitych sposobów badania innych autorów i wykazaniu niedostateczności każdego z nich, PONIKŁO opisuje wynaleziony przez siebie odpowiedni zgłębnik, którym dolną granicę żołądka oznaczał.

Jakkolwiek metody powyższe, a przynajmniej niektóre z nich, cel zamierzony prawie w zupełności osiągać dają, to jednakże tę wspólną posiadają niedogodność, iż należy stosować z g ł ę b n i k i, na co niekażdy chory się zgadza, a powtórne wobec przypuszczalnego, niekiedy zupełnie ukrytego, istnienia wrzodu peptycznego, wprowadzanie zgłębnika dokonywanem być winno z największą ostrożnością.

¹⁾ WAGNER. *Perc. d. Magens nach Auftreibung mit Kohlensäure*. Dissert. Marburg. 1866.

²⁾ PENZOLDT. *Magenerweiterung*. Erlangen, 1875.

³⁾ LEUBE. *ZIEMSEN's Handbuch d. spec. Path. T. VII*,

⁴⁾ ROSENBACH. *Mechan. u. Diagn. d. Mageninsuff.* [VOLKM. Samml. klin. Vortr. Nr. 153].

⁵⁾ SCHREIBER, D. *Archiv f. klin. Med. T. XIX. str. 616.*—*Tamże T. XXXIII. str. 425.*

⁶⁾ PONIKŁO. *O oznaczaniu dolnej granicy żołądka.* [Przegląd Lek. 1882. Nr. 1—7].

Podczas kilkomiesięcznego pobytu mego w Würzburgu, postanowiłem, za radą prof. LEUBE'go, zająć się ponownie kwestyją opukiwania żołądka. Przy tej sposobności zwrócił prof. LEUBE moją uwagę, iż chodzić nam powinno głównie o cel praktyczny, który najłatwiej da się osiągnąć, jeśli z góry można będzie usunąć wszelkie bardziej złożone rękoczyny, a przede wszystkim użycie zgłębnika.

Co do metody FRERICHS'a i EBSTEIN'a, polegającej, jak wiadomo, na sztucznem wydymaniu żołądka kwasem węglanym, wyraził prof. LEUBE uzasadnione obawy, nie tyle ze względu na otrzymanie dość ścisłych wyników badania, ile raczej z powodu grozić mogącego niebezpieczeństwa, jak np. przy wrzodzie żołądka.

Inaczej rzecz się ma z określeniem „smugi stłumienia”. Droga licznych spostrzeżeń w tym kierunku, prof. LEUBE przekonał się, że takową określić niezbyt trudno, nawet bez użycia zgłębnika, ponieważ żołądek nigdy prawie nie bywa zupełnie próżnym, z wyjątkiem pory rannej na czczo; w razie zaś gdyby zawartość żołądka była zbyt małą, można dla większej pewności dać badanemu osobnikowi pewną ilość płynu do wypicia.

Poszukiwania moje wykonałem u 81 osobników [55 mężczyzn, 26 kobiet], po części chorych na żołądek, po części innemi cierpieniami dotkniętych. Badałem żołądek bądź rano na czczo, bądź w 2—3 godziny po obiedzie. Prócz tego u kilku chorych, którym przeplukiwano żołądek w celach rozpoznawczych, starałem się stwierdzić, czy poprzednio otrzymane przezemnie wyniki zgodne są z wynikami, spostrzeganiami przy opukiwaniu żołądka, do którego pewną ilość wody przez zgłębnik wprowadzono.

Przy opukiwaniu żołądka, zwrócić należy uwagę na 4 granice tegoż: górną, prawą, lewą i dolną. Badania wymienionych powyżej autorów na tę ważną wskazując okoliczność, iż starano się niemal wyłącznie określać dolną granicę żołądka. Dowodzi to, że dolna właśnie granica, czyli ustawienie krzywizny wielkiej, posiada pod względem klinicznym najważniejsze znaczenie. W ten sposób zadanie nasze staje się nierównie łatwiejszem i możemy poprzestać na krótkim jedynie opisie pozostałych granic żołądka. Co do ostatnich zaznaczyć winienem, iż przesuwają się one wogóle bardzo mało; spostrzegamy to zazwyczaj przy w z d ę c i u żołądka, czy to chorobliwem, czy też sztucznem [za pomocą CO₂] ¹⁾.

G r a n i c a g ó r n a. Od góry przylega do żołądka płuco lewe, oddzielone przeponą. Przesuwalność dolnego brzegu tego płuca nie pozwala na ustalenie górnej granicy żołądka. Płuco pokrywa znaczną część dna żołądka, mieszczącego się bezpośrednio pod wklęsłością przepony. Przy opukiwaniu oznaczamy najprzód przejście odgłosu płucnego w odgłos bębnekowy żołądka. Ostatni ten odgłos jednak nigdy nie bywa zupełnie czystym, gdyż miesza się po części z odgłosem niebębnekowym. Skutkiem tego możemy właściwie odróżnić dwie granice: jedną — przy opukiwaniu mocniejszym, wskazującą istotną wysokość dna żołądka; drugą — przy opukiwaniu słabszem, która nam wskazuje część dna niepokrytą. Ruchy oddechowe wywierają tu również wpływ nieznaczny.

¹⁾ Opukiwałem w położeniu danego osobnika na wznak.

Którą z obu granic opisanych należy przyjąć w danym przypadku, nie daje się zrazu powiedzieć; wszelako przy odpowiedniej uwadze jesteśmy po największej części w stanie górną granicę żołądka dość ściśle określić, zwłaszcza jeśli zaznaczymy punkt, od którego odgłos staje się czysto bębnowym. Przebiega ona zazwyczaj w kierunku linii mniej lub więcej poziomej, która na lewo i zewnątrz obniża się nieco ku dołowi; w rzadkich przypadkach wypukłością swą skierowaną bywa ona ku górze. Znalazłem ją przeciętnie:

na linii przymostkowej lewej: na dolnym brzegu V-go żebra lub w V międzyżebrzu; bardzo rzadko dosięgała ona IV-go żebra albo też mieściła się dopiero w VI międzyżebrzu;

na linii sutkowej lewej: w V międzyżebrzu aż do VI-go żebra; niekiedy w IV międzyżebrzu lub na wysokości VII-go żebra;

na linii pachowej przedniej lewej: na dolnym brzegu VII żebra lub też na VIII-em; rzadko pod VI-em żebrem; natomiast pod VIII-em nie spostrzegalem jej nigdy.

Wyniki WAGNER'a zgodne są mniej więcej z mojemi: na linii przymostkowej i sutkowej znalazł on granicę górną pod V-em żebrem, a na linii pachowej na VII-em.

Niekiedy granica górną żołądka próżnego stała nieco niżej od granicy żołądka napełnionego; zauważyłem, iż po wypiciu przez chorego pewnej ilości płynu, granica ta podnosiła się o 1—2 ctm., co prawdopodobnie zależało od wznoszenia się powietrza, zawartego w żołądku, w miarę jak płyn doń wprowadzano.

Prawa granica żołądka składa się właściwie z dwu części: dolnej, leżącej pod brzegiem wątroby i na prawo od linii środkowej ciała; oraz górnej — odgraniczonej lewym płatem wątroby. W dolnym swym odcinku [pod wątrobą] granica ta nie daje się zwykłym opukiwaniem określić. Mimo starannej uwagi, nie udało mi się znaleźć najmniejszej różnicy pomiędzy odgłosem bębnowym żołądka a odgłosem jelit, leżących poniżej wątroby, względnie odgłosem okrężnicy poprzecznej. Nawet bródza zależna od przebiegu krzywizny wielkiej, widoczna niekiedy przez powłoki brzuszne, zaciera się zupełnie w miejscu, gdzie krzywizna ta znika pod wątrobą.

Inaczej rzecz się ma po wzdęciu żołądka gazem węglanym. Wówczas dolny odcinek granicy prawej wprawdzie nie zawsze bywa widocznym; wszelako opukiwanie uwydatnia pewną różnicę, ponieważ otrzymujemy odgłos bębnowy niski, częstokroć metalicznie dzwięczący.

Odcinek górny prawej granicy żołądka przylega do lewego płatu wątroby i z łatwością określić się daje.

Doświadczenia SCHUEREN'a ¹⁾ z gazem węglanym żadnej istotnej nie posiadają wartości. SCHUEREN, rozciągając żołądek za pomocą wielkich dawek tego gazu, znalazł granicę prawą w oddaleniu 10 ctm. od linii środkowej ciała. Daleko słuszniejszymi są spostrzeżenia WAGNER'a ²⁾, który podaje odległość prawej granicy od linii środkowej na 5 ctm., co i ja także stwierdzić mogłem.

¹⁾ SCHUEREN. Lage etc. des gesunden u. kranken Magens. Dissert. München. 1876.

²⁾ WAGNER, l. c.

Co do do rozszerzenia żołądka, to przypuszczam wbrew zdaniu SCHUE-REN'a, iż przy chorobie tej prawa granica nie oddala się od linii środkowej ciała, lecz przeciwnie zbliża się do takowej, a to jednocześnie z obniżaniem się granicy dolnej [porównaj rysunek u LEUBE'GO ¹⁾].

Lewa granica żołądka nie daje się w całej swej rozciągłości opukiwaniem ściśle określić. Musimy się tu kierować przejściem odgłosu bębnekowego mniej lub więcej jasnego w odgłos bębnekowy stłumiony, co od grubości śledziony zależy. W każdym razie należy opukiwać słabo.

Najściślej oznaczyć można punkt zetknięcia granicy górnej żołądka z lewą, czyli właściwie lewe górne zakończenie dającej się opukiwaniem wykazać powierzchni żołądka; tu bowiem żołądek wypełnia całkowicie t. zw. przez GERHARDT'a kąt śledzionowo-płucny (*Milzlungenwinkel*). Punkt ten jest najbardziej na lewo wysuniętym odcinkiem żołądka i znajduje się najczęściej na linii pachowej przedniej, mniej więcej poniżej VII-go lub na wysokości VIII-go żebra; czasem posuwa się aż do linii pachowej tylnej. Ztąd lewa granica opukowa żołądka bieży ukośnie ku dołowi i ku linii środkowej; wszelako w dolnym odcinku [poniżej stłumienia śledziony] niepodobna już dokładnie oznaczyć takowej, wyjąwszy chyba przy pomocy gazu węglanego.

Przechodzę obecnie do najważniejszej, dolnej granicy żołądka. Granicę tę oznaczać można nie tylko opukiwaniem, lecz i innymi metodami fizykalnymi.

Przedewszystkiem usiłowałem w każdym pojedynczym przypadku nakreślić granicę dolną przy ułożeniu badanego osobnika na wznak, nadając ciału jego układ o ile możności poziomy. Ażeby zaś napięcie mięśni brzusznych możliwie osłabić, odwracałem uwagę chorego w jakikolwiek sposób, np. rozmową.

W licznych przypadkach udawało mi się już zwykłym oglądaniem, ewentualnie palpacją, określić przebieg krzywizny wielkiej, przyczem uwzględniałem głównie odcinek tejże przebiegający na lewo od linii środkowej ciała. Widywałem mianowicie lekko zarysowującą się brózdę, odpowiadającą dolnej granicy żołądka. Część ściany brzusznej, znajdująca się powyżej owej brózdki, okazywała mniejszą niekiedy odporność, aniżeli ścianka, poniżej brózdki leżąca; BAMBERGER określił stan taki nazwą „*luftkissenartig*“. Na 81 przypadków znalazłem podobne zachowywanie się ściany brzusznej, pokrywającej żołądek, 20 razy. Objaw niniejszy daje się przeto spostrzegać nie tylko przy rozszerzeniu żołądka, lecz i przy żołądku prawidłowym. Natomiast w 11 przypadkach owa zmniejszona odporność, jakoteż widoczna brózdka, nie odpowiadały krzywiznie wielkiej.

Przechodząc do oznaczenia opukowego dolnej granicy żołądka, nadmienię muszę, iż z liczby 17 przypadków, które badałem przy próżnym żołądku i tylko w ułożeniu danych osobników na wznak, w 10 przypadkach określiłem granicę tę zupełnie dokładnie, w 7 zaś otrzymałem wynik niezgodny z rzeczywistym.

Opukiwałem w sposób następujący:

Celem przekonania się, czy odgłos bębnekowy żołądka odróżnić się daje od odgłosu okrężnicy poprzecznej, względnie jelit cienkich, opukiwałem

¹⁾ ZIEMSEN's Handb. d. spec. Path. T. VII.

słabo, posuwając się od spojenia łonowego ku górze wzdłuż linii przymostkowej lewej; następnie opukiwałem nieco na lewo od linii przymostkowej; wreszcie na samej linii środkowej. Jednocześnie zaznaczałem to miejsce, odkąd odgłos bębenny w kierunku ku górze zachowywał się bez zmiany. Niekiedy okrężnica poprzeczna dawała ton wyraźny, głośny, z domieszką podzwieku metalicznego, podczas gdy odgłos bębenny żołądka był bardziej przytłumionym; rzadziej wydarzało się odwrotnie.

W ten sposób opukując, otrzymywałem niekiedy wyniki, zgodne z wynikami, dostrzeganymi przy stosowaniu innych metod badania, wszelako nie we wszystkich przypadkach, gdyż zaledwie 45 razy. Dodać jeszcze muszę, iż często spostrzegałem różnicę w odgłosie przy spokojnem naprzemiennem wdechaniu i wydechaniu; gdy bowiem podczas każdego wdechu, odgłos bębenny żołądka bywał jaśniejszym, stawał się bardziej stłumionym podczas wydechu. Zjawisko niniejsze zależało może od tego, iż przy wdechaniu kurczenie się przepony zmieniało postać i napięcie ścian żołądkowych.

Skoro określiłem tym sposobem dolną granicę żołądka, badany osobnik wstawał. Ponieważ pacjenci kliniczni otrzymywali zazwyczaj pożywienie co 3 godziny, a zatem żołądek ich w ciągu dnia nie pozostawał nigdy zupełnie próżnym, usiłowałem odnaleźć, za pomocą opukiwania, początek „smugi stłumienia“. Aby się lepiej jeszcze o wyniku badania upewnić, opukiwałem powtórnie, dając osobnikowi poprzednio $\frac{1}{4}$ litra płynu do wypicia [więcej przyjąć od razu żaden z nich nie był w stanie]. Gdy następnie badany kładł się na wznak ponownie, wtedy stłumienie znikało, ustępując miejsca odgłosowi bębennemu. Badanie takie, wykonywane raz w pozycji stojącej, to znów w ułożeniu poziomem, dawało zawsze wynik jednakowy.

Z liczby 81 przypadków mogłem w ten sposób określić „smugę stłumienia“ 58 razy, co sprawdzałem później przy pomocy gazu węglanego; w pozostałych 23 przypadkach granica dolna mylnie została oznaczoną.

W tem miejscu zwrócić muszę uwagę na trudności, jakie się zazwyczaj napotyka. Przedewszystkiem jasny odgłos bębenny żołądka, otrzymany w położeniu chorego na wznak, staje się w pozycji stojącej stłumionym, i to nie tylko w części żołądka leżącej p o n i ż e j łuku żebrowego, lecz niekiedy także w obrębie t. zw. obszaru półksiężycowego [TRAUBE]. Stłumienie występuje jeszcze wyraźniej, gdy żołądek bywa próżnym, gdy więc skutek opadania ścian tegoż, odgłos bębenny w każdym razie bywa stłumionym. Zjawisko to w pozycji stojącej chorego przypisać należy napięciu ścian brzusznych, nie dającemu się zwalczyć w zupełności. Przy opukiwaniu takim najwięcej drga zapewne przednia tylko ściana brzuszna, słupa zaś powietrznego, zawartego w żołądku, niepodobna wdrżanie wprowadzić za pomocą opukiwania; z drugiej znów strony żołądek zostaje prawdopodobnie uciśniętym i spłaszczonym przez skurcz mięśni brzusznych. Po zastosowaniu gazu węglanego, sprawdzałem zjawisko to naprzemian w położeniu stojącym oraz na wznak, a wynik był również zgodny z poprzednim.

Wobec tego rodzaju faktów określenie smugi stłumienia zdawało się na razie niemożliwem. Przysłuchując się wszelako uważniej odcieniom stłumionego odgłosu bębennego, zauważyć można, iż w miejscu, gdzie się właściwa smuga

stłumienia znajduje, powstaje odgłos prawie zupełnie tępy; natomiast p o n i ż e j takowej, a więc p o d żołądkiem, odgłos, chociaż przytłumiony, zachowuje mimo to poprzedni swój odcień bębnekowy; odgłos ten zależy naturalnie od jelit, względnie od okrężnicy poprzecznej.

Gdy w okrężnicy poprzecznej znajduje się zawartość płynna, wtedy ostatnia w pozycji stojącej badanego chorego opada, tak, iż pomiędzy stłumieniem okrężnicy a żołądka da się zawsze odnaleźć odgłos bębnekowy jaśniejszy. Gdy zaś okrężnica zawiera przeciwnie masy stałe, wówczas przy opukiwaniu takowej w położeniu na wznak usłyszymy odgłos stłumiony, gdy tymczasem żołądek da odgłos bębnekowy. Tym sposobem i wtedy nawet jesteśmy w stanie dolną granicę żołądka określić.

Odgłos opukowy okrężnicy poprzecznej bardzo rzadko bywa zupełnie zgodnym z odgłosem żołądka. W położeniu na wznak odgłos okrężnicy bywa zazwyczaj jaśniejszym. W kilku przypadkach był on do tego nawet stopnia wyraźnym, iż mogłem dokładnie oznaczyć w y s o k o ś ć okrężnicy, ponieważ i z drugiej strony odgłos jej różnił się wyraźnie od odgłosu leżących poniżej zwojów jelit cienkich.

O ile dolna granica żołądka, a więc i dolna granica smugi stłumienia, daje się mniej lub więcej ściślej oznaczyć, o tyle górna granica ostatniej zupełnie inaczej się zachowuje. Nie mogłem takowej w żadnym przypadku z zupełną ścisłością określić; dla tego uważam za niewłaściwe mówić o „s m u d z e” (*Streifen*) stłumienia, lecz należałoby raczej przyjmować jedynie d o l n ą g r a n i c ę s m u g i s t ł u m i e n i a, czyli początek stłumienia odgłosu opukowego w kierunku od dołu ku górze. Stłumienie to bowiem w pozycji stojącej danego osobnika rozpocziera się prawie równomiernie ku górze, tak iż znalezienie jakiegokolwiek różnicy staje się prawie niemożliwym. W każdym razie oznaczanie w y s o k o ś c i stłumienia nie posiada znaczenia rozpoznawczego, a przeto, jak sądzę, jest zbylecznym.

Przytoczone przezemnie metody, jakkolwiek nie zawsze wykonalne, dadzą się wszakże niekiedy z względną pewnością zastosować; wskazują bowiem warunki n o r m a l n e, w jakich żołądek przy pewnym napełnieniu i w oznaczonej chwili się znajduje. Natomiast metoda z gazem węglanym daje nam tylko wyobrażenie o b e z w z g l ę d n y c h rozmiarach żołądka, czyli wykazuje objętość jego przy rozdzieleniu sztucznem.

Dodam jeszcze, iż wiele przypadków, w których sprawdzałem badanie po kilku tygodniach, dawało wynik zgodny z otrzymanym dawniej.

Dla kontroli stosowałem u badanych chorych także metodę z gazem węglanym, wyjąwszy tych, u których podejrzewano wrzód peptyczny lub wadę serca. Gaz węglany jest w rzeczy samej najlepszym środkiem do oznaczania dolnej, jak niemniej i innych grauc żołądka, a jak najnowsza literatura dowodzi, stosowano takowy w odnośnych poszukiwaniach niemal wyłącznie. Ma on wszelako i nader poważne strony ujemne. Nie mówiąc już o wielkich dawkach stosowanych przez SCHUEREN'a, który jakoby dostrzegał nawet krzywiznę małą[?], wyrazić muszę zdziwienie wobec doświadczeń WAGNER'a, który w przypadkach gwałtownych nawet krwotoków nie wahał się wprowadzać do żołądka gazu wę-

glanego LEUBE unika słusznie jakiegokolwiek, choćby nieznacznego drażnienia miejscowego, nie tylko w razie istniejącego krwotoku, lecz i w razie przypuszczalnego owrzodzenia w żołądku.

Z tego powodu wprowadzałem do żołądka gaz węglany tylko w małych dawkach, nie celem uwidocznienia żołądka przez powłoki brzuszne, ale dla uczynienia odgłosu bębnowego niższym i odróżnienia go tym sposobem od odgłosu jelit. Nie uważam przeto za właściwe stosować gaz węglany jako środek wyłączny w celu oznaczenia granic żołądka; winien on natomiast być jedynie środkiem pomocniczym, w razie jeśli by inne opisane przezemnie sposoby nie dały dostatecznie pewnego wyniku.

Wprowadzając gaz węglany do żołądka próżnego, zauważyłem, iż wzdęcie prawie nie następowało, gdy tymczasem ta sama ilość, dana po objędie, żołądek w znacznej mierze rozciągała. Nie wchodzę w bliższe objaśnianie tego faktu, który wszelako przemawia za słusznością przypuszczenia KUSSMAUL'a o istnieniu niedomykalności odźwiernika w żołądku próżnym.

Gaz węglany w tej niewielkiej ilości, którą badani przeze mnie chorzy przyjmowali, wcale prawie granic żołądka nie zmieniał; tym sposobem dolna granica także na właściwej pozostawała wysokości. Przy większych natomiast dawkach znajdowałem krzywiznę wielką przesuniętą o 1—2 ctm. ku dołowi.

Wobec znacznego nawet, chorobliwego wzdęcia przez gazy całego przewodu pokarmowego, a tem samem i żołądka, wynik opukiwania przy małej dawce gazu węglanego pozostawał również dodatnim. Odgłos żołądka stawał się niższym, a niekiedy tracił swój odcień bębnowy.

Dolną granicę żołądka znajdowałem [na linii przymostkowej lewej] u mężczyzn 3—5 ctm. po nad pępkiem.

Prócz tego była ona : w 5 przyp. 6 cm. nad pępkiem

" 4	" 7	" "	" "
" 1	" 8	" "	" "
" 1	" 9	" "	" "

W obu ostatnich przypadkach linia mieczykowato-pępkowa (*linea xyphoumbilicalis*) nie przekraczała 14 ctm.

W dwu przypadkach granica dolna znajdowała się pod pępkiem. W jednym z nich istniały wyraźne oznaki rozszerzenia żołądka; w drugim nie było wprowadzie ze strony żołądka objawów chorobowych, lecz tylko niedowład (*atonía*) jelit, połączony z wzdęciem całego brzucha, a więc zapewne także niedowład ścian żołądka.

W każdym pojedynczym przypadku mierzyłem długość linii mieczykowato-pępkowej; stosunek jej do ustawienia krzywizny wielkiej wynosił 3:1 czyli [podzieliwszy linię tę na 3 równe odcinki] krzywizna wielka odpowiadała miejscu połączenia odcinka drugiego z trzecim.

U kobiet znajdowałem krzywiznę wielką najczęściej 4—7 ctm. powyżej pępka. Prócz tego była w 3 przyp. 3 ctm., w 2 przyp. 9 ctm. nad pępkiem. Poniżej pępka nie dostrzegałem jej nigdy.

Stosunek linii mieczykowato-pępkowej do poziomemu krzywizny wielkiej wynosił 2:1 czyli że ostatnia mieściła się na połowie tej linii.

Tyle o granicach żołądka, dających się wykazać opukiwaniem. Tym sposobem otrzymuje się rysunek ułożony bardziej w kierunku poziomym, niż pionowym; odpowiada on do pewnego stopnia figurze podanej w dziele SCHEUBE'go ¹⁾.

Oprócz wymiarów powyższych, brałem w każdym pojedynczym przypadku pod uwagę: z jednej strony odległość najwyższego i najniższego punktu, z drugiej odległość najbardziej na prawo i najbardziej na lewo wysuniętych punktów przestrzeni odgłosu bębenkowego żołądka, która za pomocą opukiwania wykryć się daje. Były to punkty najbardziej od siebie oddalone. Okazało się, iż największa wysokość była zawsze mniejszą od największej szerokości.

U mężczyzn wynosiła zwykle wysokość 11—14 ctm.; *maximum* 20 ctm. [u jednego mężczyzny wysokiego wzrostu, którego *lin. xypho-umbil.* wynosiła 18 ctm.]; *minimum* 9 ctm. [przy długości tejże linii 12 ctm.].

U kobiet wysokość równała się 10 ctm.; *maximum* [w 2 przypadkach] 13 ctm.; *minimum* [w 1 przyp.] 7 ctm.

Szerokość wynosiła u mężczyzn najczęściej 21 ctm.; *maximum* 25 ctm. [w 3 przyp.]; *minimum* 16 ctm. [w 6 przyp.].

U kobiet była ona 18 ctm.; *maximum* 22 ctm. [w 1 przypadku]; *minimum* 15 ctm. [w 1 przyp.].

A zatem stosunek pomiędzy największą wysokością a takąż szerokością był: u mężczyzn 11—14:2, czyli 1:1,5—2; u kobiet 10:18 czyli nieco więcej niż 1:2.

Natomiast w jednym przypadku rozszerzenia żołądka wysokość wynosiła 19 obok szerokości 20 ctm., czyli obie cyfry były prawie równe. W drugim przypadku, w którym dolna granica żołądka znajdowała się 4 ctm. poniżej pępka, wysokość wynosiła 13, szerokość 24 ctm. Z porównania obu przypadków wnosić by należało, iż w drugim żołądek był znacznie rozciągnięty przez gazy (*distensio*), lecz nie rozszerzonym (*dilatatio*) w takim znaczeniu, jakie chorobie tej [rozszerzeniu] nadaje patologia. Żałuję, iż nie miałem na razie większej ilości odnośnych chorych do rozporządzenia; sądzę atoli, iż następujący wniosek byłby może uzasadnionym: Im bardziej największa wysokość zbliża się do największej szerokości, tem bardziej podejrzewać wolno rozszerzenie żołądka. Przypuszczenie to zgadzałoby się o tyle z warunkami anatomicznymi, ile, że główną cechą rozszerzenia stanowi właśnie obniżanie się dolnej granicy żołądka.

Ponieważ prawa granica żołądka w dolnym swym odcinku [poniżej brzegu wątroby], jak już nadmienilem poprzednio, wcale prawie określić się nie daje, przeto dla ułatwienia mierzyć możemy największą szerokość, poczynawszy od linii środkowej ciała aż do najodleglejszego punktu granicy lewej; mimo to i w takim nawet razie szerokość większą będzie od wysokości. Tylko przy bardzo długim a wązkim tułowi [jak w jednym z badanych przypadków]

¹⁾ BOTHO SCHEUBE. Klinische Propädeutik. Leipzig. 1884.

obie linije mogą być jednakowo długie. Miewa to atoli miejsce w wyjątkowych zaledwie razach i prawidła ogólne nie zmienia.

Przytoczone w opisie powyższym wymiary skutecznie samoistnie; dopiero po zupełnem ukończeniu pracy niniejszej, odczytując rozprawę WAGNER'a, znalazłem w takowej cyfry zgodne z mojemi. WAGNER znalazł największą wysokość równą 15 ctm., szerokość zaś 20 ctm..

Poszukiwania moje wykonałem w klinice Prof. LEUBE'go w Würzburgu, któremu za uprzejme dozwoleńie korzystania z odpowiedniego materyjału składam niniejszem podziękowanie.

II. GORĄCZKA POWROTNA U DZIECI.

Napisał

D-r med. L. Wolberg.

b. lekarz warszawskiego szpitala dla dzieci.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 43].

Co się tyczy zachowania się ciepłoty podczas przestanków, to z takowego MOCZUTKOWSKI pragnął przepowiadać, czy drugi, albo trzeci napad nastąpi, czy nie. Odnalazł on w tym celu trzy typy krzywych, z których jeden ze stanowczością pozwalał przepowiadać powtórzenie się napadu, drugi też przemawiał za tem, że napad nastąpi, trzeci zaś [ze swemi 4 odmianami] dawał mniej pewne rokowanie w kierunku powtórzenia się lub niepowtórzenia się napadu. Poszukiwania robione według tych wskazówek przez samego MOCZUTKOWSKIEGO, przez OKSA, a także z wielkim nakładem pracy przez SZWAJCERA, przekonały, że owe przepowiednie bardzo często myliły, skutkiem tego żadnej praktycznej, a tem bardziej naukowej wartości nie mają. Dlatego też z rozpatrywanego materyjału nie robię studyjów w tym kierunku. Rzeczywiście pożądaną byłaby pewna wskazówka, któraby orzekała, czy drugi napad nastąpi, czy nie, od tego bowiem zależy rozstrzygnięcie pytania, czy można wypisać chorego ze szpitala w 2—3 dni po napadzie, gdy doskonale już się czuje, czy też należy zatrzymać go przez kilkanaście dni. Niestety, takiej wskazówki nie posiadamy i z tego względu po skończonym napadzie wypada zawsze zatrzymać chorego w obserwacji przez jakiś czas, długość którego zależy od długości przestanków w danej epidemii. W rozbieranym przezemnie materyjale, najdłuższy przestanek wynosił dni 11, (sposzczenie Nr. 16), najczęściej zaś po 6—7 dniach następował nowy napad. Wyznać trzeba, że w wielu wypadkach na usilne żądanie rodziców trzeba było wypisać chorego po I-ym napadzie, albo po II-im, przed upływem 10-dniowej obserwacji; być może, że nie jeden z tych chorych przechodził w domu nowy napad. Wysokiej gorączce podczas napadów odpowiada częste tętno. Dochodzi ono 100, 120 uderzeń na minutę, a w niektórych przypadkach notowano podczas napadu bardzo szybkie tętno, wynoszące 130, a nawet 140 uderzeń. Ilość

uderzeń zwykle wzrasta w miarę podwyższania się ciepłoty, a opada wraz ze spadkiem. Pod tym względem zauważyć można, że w pierwszym dniu, kiedy ciepłota odrazu opada poniżej stanu prawidłowego, ilość uderzeń tętna, aczkolwiek też znacznie się zmniejsza, jednakże nie do najniższego stopnia, albowiem na drugi lub trzeci dzień po napadzie tętno jest jeszcze wolniejsze, aniżeli w dzień krytyczny, chociaż ciepłota pozostaje jednakową, jak np.:

Ciepłota $39,5^{\circ}$ C., tętno 120, ciepłota $39,7^{\circ}$ C., tętno 140; ciepłota $39,2^{\circ}$ C., tętno 120; ciepłota $38,0^{\circ}$ C., tętno 135; ciepłota $36,5^{\circ}$ C., tętno 96, ciepłota $36,7^{\circ}$ C., tętno 80.

Podczas przestanków tętno powraca do prawidłowego stanu, wynosi najczęściej 60—70 na minutę, a przy nowym napadzie wraz z podwyższeniem się ciepłoty, odrazu staje się szybkim. Skutkiem tego stanu rzeczy, z zachowania się tętna podczas przestanku niepodobna żadnych wyprowadzać wniosków co do przyszłego napadu.

Po kilkudniowym trwaniu wyłuszczonych powyżej objawów gorączki powrotnej, które stanowią pierwszy napad, kończy się takowy nagle. Pierwszym, a zarazem najgłówniejszym objawem zakończenia napadu jest spadek ciepłoty do prawidłowego stanu, a często poniżej takowego. Spadkowi ciepłoty towarzyszy tętno, a jednocześnie występuje nowe, charakterystyczne zjawisko, mianowicie krytyczne poty. Z nielicznymi wyjątkami spostrzegamy je w każdym przypadku i w końcu każdego napadu. Poty te są bardzo obfite, występują na całym ciele, trwają kilka lub kilkanaście godzin, a czasami powtarzają się nawet na drugi dzień, pomimo że stan ciepłoty od chwili krytycznego spadku nie zmienił się. Tylko trzy razy kończył się napad bez potów. Pierwszy raz spostrzegano to zakończenie u Gitli Goldszajder, 6-letniej dziewczynki. Siódmego dnia I-go napadu, ciepłota spadła, ogólny stan chorej poprawił się, a śledziona poczęła szybko zmniejszać się. Potów nie było. Drugi jednak napad, który wystąpił po 6-dniowym przestanku, zakończył się potami na szósty dzień. Po 3-im zaś napadzie, trwającym zaledwie $1\frac{1}{2}$ doby, też potów nie było. W innym przypadku [Gitla Puchalska, 12-letnia] po I-ym napadzie nie było potów, a po II-im napadzie zamiast potów, wystąpiły potówki (*Miliaria*). Widziano je też u innej chorej, która obficie pocila się po II-im napadzie, a obok swobodnie ciekącego potu ciało jej gęsto pokryły potówki. W trzecim nareszcie przypadku [9-letnia Perla Bejer] tylko I-y napad zakończył się bez potów, drugi natomiast obfitemi potami.

W tych przypadkach, które kończyły się *per lysin*, spostrzegano niekiedy dwu-dniowe trwanie potów, które pojawiały się, gdy ciepłota spadała do 38° , a na-
zajutrz, gdy opadła jeszcze niżej, powtarzały się.

W kilku przypadkach pod koniec napadu oprócz potów zauważano też obfite krwawienie z nosa. Spostrzegano je w pięciu przypadkach, zwykle w ostatni dzień napadu; zjawiało się ono albo w I-ym napadzie, albo w drugim dopiero, ani razu nie widzieliśmy go w obu napadach.

Raz jeden tylko chory [Gołąb Efroim] opowiadał nam, że przed przybyciem do szpitala chorował już w domu przez kilkanaście dni i miał obfity krwotok nosowy. Takowy powtórzył się w szpitalu w sam dzień przybycia chorego, objawy pod-

miotowe i przedmiotowe gorączki powrotnej ustąpiły. Prawdopodobnie więc w tym przypadku krwotok nosowy zakończył pierwszy napad i drugi. Potów w końcu napadu nie obserwowaliśmy, być może, że krwawienia nosowe zastąpiły poty.

U dwóch chorych obfite krwawienie pokazało się w ostatni dzień pierwszego napadu, u trzeciego chorego w ostatni dzień drugiego napadu, a u czwartego też podczas drugiego, lecz na dwa dni przed ukończeniem napadu, który w ogóle trwał pięć dni [Spostrzeżenie Nr. 5. Helfgot Asne].

Krwawienia te bywały nieraz o tyle obfite, że trzeba było uciekać się do przestrzykiwań z zimnej wody, a nawet do tamponowania nozdrzy watą, w innych zaś przypadkach ustawały albo same przez się, albo przy lekkim ucisku nosa.

Krwawienie to zjawiało się już to w nocy już we dnie, co zależało od tego, kiedy ciepłota opadała, jednakże w spostrzeżeniu Nr. 5, pokazało się o godzinie 7ej wieczorem, przy ciepłocie 40,7° C. i trwało przez 1½ godziny, a ciepłota wcale nie opadała.

U jednej dziewczynki dwunasto-letniej [Spostrzeżenie Nr. 16], w ostatnią dobę Igo napadu, pokazała się w nocy miesiączka, po raz pierwszy w życiu.

Kiedy kończy się pierwszy napad, we dnie, czy w nocy? O ukończeniu się napadu można najlepiej sądzić porównując ranną ciepłotę ostatniego dnia napadu z wieczorną. Jeżeli wieczorna ciepłota jest wysoką, a opada dopiero nazajutrz rano — to napad ukończył się w nocy; gdy zaś ranna ciepłota jest wysoką, a wieczorna prawidłową lub nieprawidłową, to napad ukończył się w ciągu dnia, a wystąpienie potów [za dnia, wieczorem lub w nocy] odpowiada spadkowi ciepłoty. Po największej części napad kończył się w nocy [32 razy], a tylko w 12 przypadkach w ciągu dnia. Pierwszy napad trwał od 4 dni do dziesięciu; najczęściej siedem dni [13 razy], albo 6 dni [10 razy]. O trwaniu napadów powiemy jeszcze poniżej.

Wraz ze spadkiem ciepłoty i wystąpieniem potów, giną i inne objawy napadu, przedewszystkiem podmiotowe. Ból głowy, tak dokuczliwy dotychczas, prawie nagle znika, bredzenie ustaje, zjawia się apetyt, siły nowe wstępują w chorego; bóle mięśniowe, bóle brzucha ustępują, nieraz w ciągu jednego, częściej na drugi, albo na trzeci dzień przestanku. Śledziona, jak już wyżej opisaliśmy, zaczyna się zmniejszać i zwykle na 3—4 dzień przestanku jest prawidłowej wielkości. *Spirille* giną we krwi, inne objawy też ustępują. Ktoby widział dziecko na trzeci dzień przestanku, nigdyby nie przypuścił, że takowe przed kilku dniami tak ciężko chorowało; podczas przestanku wydaje się zupełnie zdrowem, je chętnie i pije, dobrze trawi, spokojnie sypia, chodzi po pokoju i wesoło bawi się. Ciepłota podczas przestanku jest prawidłowa, w pierwszych dniach nawet nieprawidłową, dochodzi 36° stopni zaledwie, potem wznosi się do 37° i pozostaje na tej wysokości, a wahania ranne i wieczorne są bardzo nieznaczne, nie przenoszące pół stopnia. O zachowaniu się innych objawów podczas przestanku mówiliśmy już przy rozbiorze szczegółów, nie będziemy się zatem powtarzać. Pierwszy przestanek trwa najczęściej około tygodnia; najkrótszy przestanek, jaki spostrzegaliśmy, trwał 4½ doby, najdłuższy 11 dni [w dwu przypadkach]. Między trwaniem pierwszego napadu a przestankiem, jak również między pierwszym przestankiem a drugim napadem

nie zdołałem odnaleźć żadnego stałego stosunku, albowiem nieraz po długo trwającym pierwszym napadzie, następował krótki przestanek i odwrotnie, a znowu po długim przestanku mieliśmy to krótko, to długo trwający drugi napad. Ponieważ jednak pierwszy napad najczęściej trwał około tygodnia, a przestanek również długo, przeto w wielu przypadkach obie te cyfry zgadzały się, 7-dniowy napad i 7-dniowy przestanek; pewnego i stałego nie ma w tem nic, a skutkiem tego ani z napadu o przestanku, ani *vice versa* sądzić nie możemy.

Po kilkodniowym trwaniu przestanku następował zwykle drugi napad. W 14-u z 47 przypadków drugi napad w szpitalu nie nastąpił; jednakowoż wielu z tych chorych na usilne żądanie rodziców było wypisanych za wcześnie, w 5—8 dni po napadzie. bardzo więc być może, że przechodzili jeszcze drugi napad w domu. Przemawia za tem ta okoliczność, że w dwu przypadkach chory, już wypisany rano przez ordynatora [po 8-dniowym trwaniu przestanku] i wieczorem mający opuścić szpital, dostawał gorączki i pozostawał w szpitalu, gdzie odbywał drugi napad. Z tego jednak nie trzeba sądzić, aby jednonapadowa gorączka powrotna nie zdarzała się wcale, lub była wielką rzadkością, jak utrzymuje PILZ, WEISSENBERG, WYSS i BOCK. Takich niewątpliwych spostrzeżeń, w których chorzy przechodzili tylko jeden napad, a byli wypisani po upływie co najmniej dziesięciu dni, posiadam cztery. Przebieg tych przypadków był zupełnie charakterystycznym, podmiotowe i przedmiotowe objawy towarzyszyły napadowi, a nagły spadek ciepłoty, poty i zmniejszenie się śledziony zakończyły go.

Pomijając owe 14 przypadków, w pozostałych 33-ech nastąpił drugi napad, a w 15 z tych ostatnich i trzeci. Inaczej mówiąc, z 47 przypadków obserwowaliśmy 14 razy przebieg jednonapadowy, 18 razy dwunapadowy, a 15 razy trzechnapadowy. Drugi napad w znacznej większości przypadków zaczyna się wieczorem; ranna ciepłota jest prawidłową w takim razie, a wieczorna podwyższoną. Tylko w 6 przypadkach [z 33-ch] wieczorna ciepłota ostatniego dnia przestanku była prawidłową, a wtedy napad począł się w nocy, tak, że nazajutrz ranna ciepłota już dochodziła do wysokiego stopnia. W wielu przypadkach dreszcze poprzedzały nowy napad; występowały one na kilka godzin przed podwyższeniem się ciepłoty. Wraz z napadem powtórnie wznawiały się opisane już powyżej objawy: ból głowy, bolesność brzucha, kończyn dolnych, a także powiększenie śledziony i spirochety we krwi. Te objawy stale towarzyszyły razem napadowi, inne zaś, jakoto wyprysk wargowy, nieżyt gardzieli, powiększenie się wątroby tylko w rzadkich przypadkach. Wspominaliśmy już o tych objawach w szczegółowym rozbiórce. Podczas drugiego napadu nigdy nie spotykaliśmy takiego objawu, którego byśmy wogóle nie spostrzegali w I-ych napadach. Drugi napad w ogólności zupełnie jest podobnym do pierwszego, a różni się odeń jedynie krótszym trwaniem, które zwykle wynosi 2—5 dni, w kilku przypadkach jeden dzień tylko, lub półtora, a w jednym tylko przypadku trwał pół dnia, podczas gdy w innym aż sześć dni.

Najczęściej napad kończy się w ciągu nocy, podobnie jak pierwszy; w takim razie ciepłota ranna jest prawidłową lub nieprawidłową, podczas gdy poprzedniego dnia wieczorem chory jeszcze w silnej leżał gorączce. Poty wystę-

pują najczęściej jednocześnie ze spadkiem ciepłoty, a zatem w nocy, niekiedy zaś spadek ciepłoty poprzedza poty, które występują dopiero w ciągu dnia, już przy prawidłowej ciepłocie.

W sześciu przypadkach [z 33-ech] spadek ciepłoty i poty, czyli koniec II-go napadu, wypadł za dnia, a wtedy ranna ciepłota była jeszcze wysoka, potem nagle poczęła opadać, a wieczorem była już prawidłową. Wszystkie podmiotowe i przedmiotowe objawy ustępują wraz z końcem napadu, chory odzyskuje łaknienie, powraca do sił i w krótkim czasie w zupełności odzyskuje zdrowie. Chorzy wątpliej budowy ciała i źle odżywiani, czują się po przebyciu II-go napadu bardziej osłabieni, aniżeli po I-ym napadzie, co jest zupełnie naturalnem i zależy od gorączki, dyjety, a także od dłuższego pobytu w powietrzu szpitalnem.

Po przebyciu II-go napadu chorzy zwykle bardzo szybko wypisywali się ze szpitala, niekiedy w 3 dni po potach krytycznych; bardzo być może, że niektórzy z tych chorych przechodzili w domu trzeci jeszcze napad; wielu jednak chorych udało nam się przez 9—12 dni zatrzymać w szpitalu, a trzeci napad nie nastąpił, ci zatem niewątpliwie dwa tylko napady przechodzili.

U 15-u chorych nastąpił trzeci napad. Między II-im a III-im napadem jest drugi przestanek, który trwał w naszych przypadkach najkrócej cztery dni, a najdłużej dwanaście; najczęściej zaś 7—7½ dni. W wielu przypadkach oba przestanki trwały jednakowo długo, lub tylko mała pomiędzy nimi zachodziła różnica, w niektórych zaś przypadkach różnice są wybitne i wynoszą po kilka dni. Zdarza się np., że pierwszy przestanek trwa tydzień, a drugi 4-y dni, albo pierwszy sześć dni, a drugi 12 dni. Stałego stosunku nie ma i dlatego niepodobna ani z długości napadów, ani z trwania pierwszego przestanku wnioskować o długości drugiego przestanku, lub o nastąpieniu trzeciego napadu.

Nie możemy wyszukać żadnych stałych praw, rządzących napadami i przestankami gorączki powrotnej

W siedmiu przypadkach, trzeci napad zaczynał się w nocy dreszczami, gorączką, powiększeniem i bolesnością śledziony, w pozostałych ośmiu przypadkach, początek napadu wypadł za dnia, tak, iż wieczorem ciepłota była wysoko gorączkową, podczas gdy rano tego samego dnia była zupełnie prawidłową. O objawach trzeciego napadu nic nowego nie mam do nadmienienia; na pewne ciekawsze szczegóły powyżej już zwróciłem uwagę, ogólny zaś obraz jest taki sam, jak przy poprzedzających napadach, a różni się tylko przebiegiem, który jest wogóle o wiele krótszym, gdyż w większości przypadków wynosi 1—3 dni, w jednym tylko przypadku trwał siedm dni. Zauważyłem, że podmiotowe objawy podczas III-go napadu o wiele są łżejsze, niżeli podczas innych napadów u tych samych chorych; niekiedy ból głowy i kończyn, bolesność brzucha i t. p., które tak strasznie dokuczały chorym podczas poprzednich napadów, wcale nie lub tylko w słabym stopniu istnieją w III-im napadzie. U trzech tylko chorych owe objawy wystąpiły silniej, a najbardziej w tym przypadku, w którym trzeci napad trwał aż siedm dni [u 12-letniej Zysli Gerstenzang]. Napad trzeci we wszystkich przypadkach [z wyjątkiem jednego] zakończył się w nocy, nagłym spadkiem ciepłoty, poczem u przeważającej liczby chorych wystąpiły obfite poty, a potem powrót do zupełnego zdrowia. W jednym spostrzeżeniu [9-letni Icek

Frenkel] trzeci napad trwał dwie doby, a trzeciego dnia ciepłota ranna wynosiła 41° C., a wieczorna 36° C., pomimo tego poty wystąpiły nie we dnie, lecz w nocy dopiero. Po trzecim napadzie chorzy bardzo prędko powracali do sił i wypisywali się ze szpitala, niektórzy pozostawali jeszcze przez 5—10, a nawet 14 dni na obserwacji. W żadnym z tych przypadków nie widzieliśmy czwartego napadu, ani nie słyszeliśmy, by takowy w domu napastował chorych. Również koledzy SZWAJCER i DUNIN, których materyjał pochodzi z tej samej epidemii co mój, nigdy nie spostrzegali przebiegu o czterech napadach.

Wszystkie przypadki, które spostrzegaliśmy w szpitalu, zakończyły się pomyślnie; żadne z dzieci nie umarło, żadne nie wyszło ze szpitala z jakąś chorobą następującą. Tylko kilkoro dzieci niedokrwestych, po przebyciu gorączki powrotnej, było naturalnie bardziej osłabionych i jeszcze bardziej niedokrwestych, aniżeli przed chorobą.

[D. n.].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

52. Franz Mraček. O przymiocie oczodołu. (*Zur Syphilis der Orbita*).

Cierpienia przymiotowe kości, składających jamę oczodołu, są mało znane w literaturze lekarskiej; podręczniki, a nawet obszerniejsze dzieła traktujące o przymiocie wcale nie wspominają lub też pobieżnie omawiają tę kwestyję. Cierpienia te jednak są nader ważne ze względu, iż przyjąć może w nich udział gałka oczna z jej mięśniami; możebnem jest nawet zejście śmiertelne w skutek rozszerzenia się sprawy na mózg i jego opony.

Autor na zasadzie kilkunastu przypadków powyższego cierpienia, obserwowanych po części przez siebie, po części zaś przez innych, podaje dokładny obraz kliniczny oraz sposób leczenia. Oto streszczenie kilku z nich:

I. Oficer, lat 36, dobrze zbudowany. W roku 1879 owrzodzenie pierwotne, różyczka. We 2 lata później ziarniniakowe [gumatyczne] zapalenie okostnej kości czołowej, ciemieniowych i prawego górnego brzegu oczodołu, z przejściem sprawy na powiekę, która opada, staje się nieruchomą, twardą; wczesna operacja zapobiega znacznemu próchnieniu kości i powraca czynności powieki. Blizna na brzegu oczodołu lekko wciągnięta i przyrośnięta do kości. W 5 lat później owrzodzenia ziarniniakowe skóry, oraz powrót zapalenia okostnej brzegu górnego prawego oczodołu, tym razem bez udziału powieki. Leczenie przetworami rtęci i jodu. Wynik pomyślny.

II-gi przypadek, oficer lat 26, dobrze zbudowany. W roku 1878 owrzodzenie pierwotne, różyczka, leczenie przetworami rtęci, w 5 lat później zapalenie okostnej wyrostka barkowego prawego, kości czołowej i brzegu górnego oczodołu prawego, *ptosis* i obrzęk powieki. Sprawa trwa blisko $\frac{1}{2}$ roku. Leczenie przetworami rtęciowymi, jodek potasu. Wynik również pomyślny.

III-i [przypadek Sołowejczyka]. T. Sz. lat 33 w Listopadzie 1862 owrzodzenie pierwotne. W Kwietniu 1864 ból głowy, obrzęk i zaczerwienienie skóry lewej górnej powieki. Wkrótce potem wysadzenie gałki ocznej (*exophthalmus*). W Czerwcu, czyli 107 miesięcy po zarażeniu, wymioty, utrata przytomności i śmierć. Badanie pośmiertne wykazało, pomiędzy innymi objawami przymiotu, przedziurawienie górnej ścianki oczodołu lewego w postaci półksiężyca i komunikację z zatoką czołową. Zgrubiała i nacieczona okostna oczodołu, w miejscu

odpowiadającym przedziurawieniu, sterczy do zatoki czołowej w postaci niewielkiego sopla. Gałka oczna i nerw wzrokowy na pozór nietknięte. Mięśnie górne oczodołu posiadają ciemny wygląd i łamliwą giętkość.

IV [przypadek prof. SCHOTT'a]. M. A., lat 5, źle odżywiany. W prawym oczodole, pomiędzy gałką i zewnętrzną ścianką, guz elastyczny, niebolesny i mało ruchomy, wysadzenie gałki ocznej. Lewa gałka oczna również nieco naprzód wystaje z oczodołu; guza jednak nie można wymacać. Po upływie 3 tygodni obrzmienie miękkich części czoła z prawej strony aż do brzegu oczodołu, a po 6 tygodniach chełbotanie i wylew dość znacznej ilości ropy, poczem wysadzenie gałki ocznej nieco się zmniejszyło. Początkowo podejrzewano obecność nowotworu wrastającego z jamy czaszkowej do oczodołów, ale obrzmienie miękkich części na czoło, oraz ujemny wynik badania zawartości ropnej wypływającej z oczodołu prawego, wskazywały na jakąś sprawę konstytucyjonalną. Dopiero badanie pośmiertne wykazało ziarniniakowe zapalenie okostnej z przejściem na oba oczodoły, co spowodowało wysadzenie gałki ocznej i zapalenie wtórne gałki ocznej prawej.

V-ty. Kupiec lat 36, żonaty od lat 12. Pierwsze dziecko zmarło czwarte-g dnia po urodzeniu, drugie dziecko urodziło się nieżywe; 14 lat temu owrzodzenie pierwotne i obrzmienie gruczołów pachwinowych, leczenie miejscowe. Po 9 — 10 latach niczem niezakłóconego zdrowia, powstaje nad dolnym brzegiem lewego oczodołu niebolesny, elastyczny guz, ciągnący się w głąb oczodołu; w 2 lata później takież guz nad górnym brzegiem tegoż oczodołu. Wysadzenie i przeszkoda w ruchach gałki ocznej. Sprawa trwa lat 6 bez ogólnego leczenia przeciw przymiotowego, a nawet rozszerza się na policzek. Energiczne leczenie przetworami rtęci i jodku potasu. Sprawa się polepsza acz powoli. Wywiady, powolny rozwój i przebieg, nakoniec pomyślne wyniki przeciwprymiotowego leczenia nadają cierpieniu właściwy obrót.

VI-ty. Kupiec lat 33, żonaty lat 3. Żona i dziecko, mające 2½ lat, zdrowe. 3 lat temu stwardnienie pierwotne. 10 lat później cierpienie kości nosa, podniebienia z przejściem sprawy na gardziel i krtań, bóle głowy. Od 3 tygodni opadnięcie prawej powieki, a także obrzęk i zaczerwienienie skóry tejżepowieki. Wzdłuż górnego brzegu prawego oczodołu, guz, dość elastyczny, bolesny przy dotyku, obrzęk i zaczerwienienie łącznicy. Przemieszczenie, wysadzenie gałki ocznej i upośledzone ruchy takowej, szczególnie w kierunku ku górze. Wcierania i jodek potasu. Już po 9 dniach zmniejszenie się guza oczodołu, a w 2½ miesiące zupełne wyleczenie.

Na zasadzie przytoczonych powyżej spostrzeżeń, a także innych zanotowanych w literaturze, autor kreśli podwójny obraz choroby, zależnie od tego, czy sprawie ulega brzeg oczodołu, czy też sama jama oczodołowa:

A. *Periostitis syphilitica marginis orbitae*. Jest to częstsza postać, niemając rolę odgrywając tu termiczne i chemiczne wpływy, stosownie do wiadomego prawa o cierpieniach kości powierzchniowych, wystawionych na działanie rozmaitych przyczyn urazowych. Często też zapalenie rozszerza się z kości czołowej na brzeg oczodołu i tu się zatrzymuje. Cierpienie należy do wczesnych objawów przymiotu, częściej jednak spotykamy je podczas trzeciorzędnego okresu. Według BERLIN'a na 10000 chorych, mamy 8 z cierpieniami oczodołu, najczęściej przymiotowego pochodzenia. Z m i a n y a n a t o m i c z n e bywają podwójnego charakteru: *periostitis gumosa* lub też *ossificans*. O b j a w y: Przy lekkim nacieczeniu okostnej zazwyczaj ból głowy, trwający długo i zwiększający się przy dotyku oraz w nocy. Natomiast skoro obrzmienie się powiększa i produkta zapalne stają się płynnymi, podlega zapaleniu i skóra ponad ogniskiem cierpienia. W pomyślnym przypadku sprawa może się zakończyć w 5 tygodni zupełnem rozejściem. W przeciwnym razie dojść może do utworzenia się jamy z zawartością podobną do gumy

lub śluzu, przyczem ulega próchnieniu kość; skóra powieki staje się czerwoną i obrzmiewa, powieki opadają. Rzadziej zapaleniu wtórnemu ulega i tkanka łączna powieki, przyczem powieka staje się twardą i nieruchomą. Gałka oczna zazwyczaj przyjmuje udział w razie przejścia zapalenia w głąb jamy oczodołu po za początek *capsulae Tenonii*; wtedy również widzimy przemieszczenie i przeszkodę w ruchach gałki ocznej. Znaczne próchnienie kości i owrzodzenie skóry pociąga za sobą skurczenie się powieki, *ectropion* i szereg szkodliwych następstw dla rogówki, a nawet dla samej gałki ocznej.

B. *Periostitis syphilitica cavi orbitae*. Wczesne rozpoznawanie tego cierpienia chroni od ważnych pomyłek, najczęściej bowiem można je uważać za nowotwór, co może pociągnąć fatalne skutki. W przypadku WEINLECHNER'a jedynie wczesne rozpoznanie natury cierpienia zapobiegło operacji wyluszczenia gałki ocznej. Również przy wczesnem zastosowaniu leczenia, zapobiegamy grożącemu niebezpieczeństwu przejścia sprawy na nerw wzrokowy lub opony mózgowe.

Pomiędzy 17 przypadkami zebranymi w literaturze przeważa *periostitis gummosa*. Nacieczenia okostnej i tkanki łącznej oczodołu odznaczają się niezwykłą twardością, co właśnie maskuje guzy i wywołuje objawy ucisku i przeszkody w krążeniu krwi, właściwe tym ostatnim.

Kość ulega zanikowi skutkiem ucisku mas zapalnych; możebnem jest nawet jej przedziurawienie i komunikacja z rozmaitemi naturalnemi jamami. *Periostitis ossificans* tworzy płaskie, elastyczne i mało bolesne guzy, w których, o ile się zdaje, sprawa kostnienia odbywa się powoli, gdyż nawet po długiem istnieniu mogą uleż wessaniu.

Punktem wyjścia cierpienia była, 8 razy na 13 przypadków, górna ścianka oczodołu, sama lub też w połączeniu z zewnętrzną ścianką. Nader rzadko podlegała cierpieniu wewnętrzna ścianka oczodołu.

O b j a y. W początkowych okresach nie ma wybitnych objawów. Czasami jedynie nerwoból w okolicy czołowej, trwający miesiące, z nasileniami wieczornemi, dopóki wywiady lub dalszy rozwój nie wyjaśnia natury cierpienia; czasami jednocześnie towarzyszą inne objawy przymiotu, np. owrzodzenia ziarniniakowe skóry lub gardzieli. Przy obmacywaniu palcem uderza obecność guza pomiędzy gałką oczną i oczodołem. Ucisk wywarty na brzeg oczodołu wywołuje nasilenie bólu w głębi oczodołu. W miarę zwiększania się guza, występuje przemieszczenie gałki ocznej tylko w bocznym kierunku, jeżeli nacieczenie ma miejsce w przedniej części oczodołu, lub też z wysadzeniem gałki naprzód, wraz z zajęciem tylnej części oczodołu. W miarę jak cierpieniu ulegają i mięśnie, występuje utrudnienie ruchów gałki ocznej, zez i podwójne widzenie. Przejściu sprawy na mięśnie sprzyjają krótkie ich ściągna. Powrót czynności mięśni zależy od czasu trwania oraz stopnia cierpienia. Prócz tego objawy utrudnionego krążenia krwi w oczodołach pod postacią zastojów żylnych w gałce ocznej, łącznicy oraz powiekach, a nawet wtórne cierpienia zapalne gałki ocznej i jej zanik.

P r z e b i e g i z e j ś c i e z a l e ż ą od miejsca, stopnia i czasu trwania choroby. Czasami przez kilka miesięcy mamy jedynie ból głowy i przemieszczenie gałki ocznej, poczem nastąpić może zupełne wessanie.

Skoro wysięk staje się płynnym, zejście zależy od stanu kości; skoro ostania okazuje się dość odporną na ucisk produktów zapalnych, torują one sobie drogę na zewnątrz między gałką oczną i oczodołem. W przeciwnym razie, skoro kość ulega przedziurawieniu, zejście zależy od umiejscowienia: np. uszkodzenie wewnętrznej ścianki pociąga za sobą komunikację z jamą nosową; najodporniejszą jest ścianka zewnętrzna i w tym razie ropa toruje sobie drogę na zewnątrz między gałką oczną i oczodołem. Najniebezpieczniejszem jest cierpienie górnej ścianki, grozi bowiem przejściem sprawy do jamy czaszkowej.

R o k o w a n i e z a l e ż y od czasu trwania oraz stopnia cierpienia. Przy wczesnem rozpoznaniu stosowne leczenie może usunąć zupełnie cierpienie; przy da-

leko posuniętych zmianach możliwe są stałe zaburzenia wzroku a nawet zejście śmiertelne.

Leczenie miejscowe daje pomyslny wynik; przy zapaleniu okostnej brzegu oczodołu, miejscowe wcieranie przetworów rtęci i jodu jeżeli skóra powiek nie uległa zapaleniu. W przeciwnym razie okłady z wody gulardowej, ułatwienie drogi wysiękowi przy chelobotaniu zapobiega znacznemu zniszczeniu kości i skóry i możliwym ztąd następstwom (*ectropion*). Ma się rozumieć, iż o leczeniu miejscowym nie może być mowy przy *periostitis cavi orbitae*. W obu jednak formach wskazanem jest leczenie ogólne za pomocą przetworów rtęci i jodu, nawet wobec wątpliwych przypuszczeń co do natury cierpienia. Leczenie winno być wytrwałe i energiczne gdyż cierpienie stanowi jeden z najpocząwszy objawów przymiotu.

Streszczenie: 1. *Periostitis orbitae* zdarza się przy nabytym i wrodzonym przymiocie.

2. Najczęściej ulega cierpieniu górna ściana oczodołu.

3. Objawy: a) bóle z nasileniami wieczornymi b) umiejscowienie w kierunku bocznym z wysadzeniem lub bez gałki ocznej, utrudnienie ruchów i krążenia krwi w oczodole.

4. Stopniowy rozwój i przewlekły przebieg oraz inne towarzyszące objawy przymiotu ułatwiają rozpoznanie.

5. W wątpliwych wypadkach ogólne przeciwprzymiotowe leczenie daje pomyslny wyniki.

6 Cierpienie może być groźnem z powodu przejścia na gałkę oczną lub mózg.

7. Leczenie winno być energiczne i kombinowane.

(*Wiener Klinik 1886 October*).

J. Birenzweig.

53. Zweifel. O stosunkach wchłaniania przez błonę śluzową ludzkiego żołądka ze względów rozpoznawczych i o wchłanianiu w żołądku w stanach gorączkowych. (*Ueber die Resorptionsverhältnisse der menschlichen Magenschleimhaut zu diagnostischen Zwecken und im Fieber*).

Badaniami nad prędkością wchłaniania przez błonę śluzową żołądka zajmowali się już dawniej różni autorowie.

Badania te były wykonywane na zdrowych i chorych osobnikach, dotkniętych przewlekłym nieżytem żołądka, wrzodem peptycznym, rakiem, rozszerzeniem żołądka i w końcu na gorączkujących przy różnych chorobach, jak tyfus brzuszny, zapalenie płuc i t. p.. Wszystkie te badania były wykonywane za pomocą jodku potasu, który przez badanych przyjmowany był w kapsułkach, aby uniknąć zetknięcia się z błoną śluzową jamy ustnej. Środek ten dla tego cieszy się takim uznaniem, że jest łatwo rozpuszczalny, łatwo ulega wchłonięciu i niemniej łatwo może być wykryty za pomocą badania sliny lub moczu. ZWEIFEL posługiwał się również tą metodą, t. j. dawał badanym osobnikom 0,2 grm. jodku potasu w żelatynowych kapsułkach i 100 ctm. sześciennych wody przedcedzonej, a następnie co 2 minuty badał ślinę lub mocz za pomocą papierków krochmalowych, na które po zmoczeniu w badanej ślinie, nalewał ostrożnie rozcieńczonego kwasu azotnego; obecności jodku potasu w badanym płynie dowodziła barwa czerwona papierków krochmalowych przy mniejszej, a barwa niebieska, przy większej ilości jodku potasu. Autor znalazł, że w roztworze 1 na 150000 odczyn ten występuje, można więc go uważać za czuły.

ZWEIFEL doszedł do przekonania, że u zdrowych osobników występowała barwa czerwona przy badaniu sliny w 6 do 12 minut po przyjęciu jodku potasu, barwa zaś niebieska w 8½ do 17 minut, dalej, że prędkość wchłaniania u tych samych osobników w różne dni była jednakowa, że tę prędkość jednakowo sprawdzić można za pomocą badania sliny i moczu; czasami jednak odczyn ten w mo-

czu później nieco występował niż w ślinie; przekonał się również, że przy napełnionym żołądku wchłanianie odbywa się wolniej i że w tych warunkach istnieją pod względem prędkości wchłaniania takie wahania u różnych osobników, nawet u tych samych, ale w różnych czasach badanych, że tego rodzaju badanie wchłaniania przy napełnionym żołądku nie ma żadnego znaczenia. Na chorych zaś osobnikach autorowi udało się stwierdzić, że we wszystkich prawie chorobach żołądka [zapewne ze zmianami w błonie śluzowej — ref.] istnieje zmniejszona zdolność wchłaniania, najbardziej dotyczy się to rozszerzenia żołądka i raka tego narządu, najmniej zaś — żołądka uległego przewlekłemu nieżyłowi, gdyż w tym razie zwykle po upływie 17—20 minut jodek potasu wykryć się daje; w nieznacznym stopniu, ma to miejsce przy wrzodzie peptycznym żołądka. Przy wrzodzie z rozległymi świeżymi utratami błony śluzowej zdolność ta bardzo słabnie; przy raku wpustu, wchłanianie odbywa się prędzej niż przy raku odźwiernika. Jeżeli badając czyży żołądek przekonamy się, że wchłanianie dopiero następuje po upływie 20 minut, to wyłączwszy świeże zniszczenie błony śluzowej wskutek wrzodu, powinniśmy podejrzewać rozszerzenie żołądka lub raka tego narządu, albo też dwie te postaci chorobowe w ścisłym znajdujące się związku; jeżeli dalej można na zasadzie pewnych danych wyłączyć samoistne rozszerzenie żołądka, pozostaje z wielkiem prawdopodobieństwem rak odźwiernika.

Różniczkowe rozpoznanie pomiędzy rakiem żołądka, a wrzodem peptycznym jedynie na zasadzie prędkości wchłaniania, nie zawsze się udaje. Jeżeli mamy do czynienia z rozszerzeniem niewiadomego pochodzenia, to badanie powyższe natury tego cierpienia nie wykrywa, na to potrzeba innych danych takich jak: obecności guza, braku kwasu solnego w zawartości żołądka i t. p. Również niezmiernie trudno jest zrobić różniczkowe rozpoznanie pomiędzy przewlekłym nieżytem, a takimże wrzodem żołądka na zasadzie powyższej metody badania. Autor znalazł, że prędkość wchłaniania w żołądkach chorych nie ulega takim zmianom, zależnie od tego, czy narząd ten jest czyży lub też napełniony pokarmami, jak to ma miejsce u zdrowych osobników. Ciekawą rzeczą, o której autor się przekonał za pomocą tej metody, jest to, że przy wrzodzie peptycznym i rozszerzeniu żołądka można drogą odpowiedniego leczenia tych stanów chorobowych, zdolność chłonnicyą wskrzesić; w tych razach zdolność ta wraca do stanu prawidłowego.

W końcu ZWEIFEL przekonał się, robiąc doświadczenia na gorączkujących, że prędkość wchłaniania przez błonę śluzową żołądka u takich chorych się zmniejsza, przyczem stopień gorączki, jej nasilenie i t. p., nie ma pod tym względem żadnego wpływu

(*Deutsch. Archiv für Klin. Medicin. Bd. XXXIX. II. III i IV*).

Ignacy Grundzach.

54. Cahn i v. Mering. O kwasach zdrowego i chorego żołądka. (*Die Säuren des gesunden u. kranken Magens*).

W pracy tej autorowie poddają krytyce barwnikową metodę badania kwasów żołądkowych za pomocą metylfioletu i odczynnika UFFELMAN'a, następnie opisują metodę badania, jakiej się przy wykonywaniu swej pracy używali i wyniki kliniczne do jakich doszli stosując swoją metodę. Płynną zawartość żołądkową po przecedzeniu przekraplali i w przekroplonym płynie oznaczali stopień kwaśności; ponieważ przytem przechodzą tylko kwasy lotne: masłowy, octowy, waleryjanowy, mrówczany i t. d., ze stopnia więc kwaśności przekroplonego płynu wnosili o ilości kwasów lotnych.

Pozostałą część zawartości kłócili wielokrotnie z ogromnemi stosunkowo ilościami eteru i w ten sposób wyciągali kwas mleczny, którego ilość oznaczano

za pomocą mianowanego płynu lub też przez otrzymywanie soli cynkowej powyższego kwasu. W pozostałości po zlanii eteru znajdował się jedynie kwas solny i niewielka ilość kwaśnych fosforanów, którą można było pominąć. Aby dowieść, że w pozostałości tej znajduje się jedynie kwas solny, CAHN i v. MERING działali nań cynchoniną aż do obojętnej reakcji, następnie kłócili z chloroformem i za pomocą azotanu srebra przekonywali się, czy chloroform ten zawierał w rozpuszczeniu jakiś związek chloru, a ponieważ chlorki metalów jak sodu, potasu i wapnia są w chloroformie absolutnie nierozpuszczalne, był to więc chlorek cynchouiny.

W sumie otrzymywali ilość tych wszystkich kwasów, a mianowicie kwasów lotnych, kwasu mlecznego i solnego, równą ogólnej kwaśności danego soku, z małym naturalnie błędem nieodłącznym od tego rodzaju badania. Oto wnioski do jakich doszli autorowie stosując powyższą metodę.

1) można w jednej i tej samej zawartości żołądka oznaczyć ilościowo kwas solny, kwas mleczny i kwasy lotne.

2) u zdrowych osobników już po upływie 30 minut po przyjęciu pokarmu kwas solny wykazać się daje.

3) przy pokarmie mięsnym w zawartości żołądka znajdujemy tylko kwas solny [? jedno doświadczenie — *ref.*]

4) żołądek zdrowych i chorych osobników przy pokarmach mieszanych obok kwasu solnego posiada dość znaczne ilości kwasu mlecznego i kwasów lotnych; ilość tych kwasów organicznych jest tem większą im dłużej pokarm przebywa w żołądku.

5) w przebiegu gorączki i złośliwej niedokrwistości można zauważyć brak kwasu solnego.

6) przy zwyrodnieniu mączkowem błony śluzowej żołądka stwierdzono obecność kwasu solnego.

7) przy raku żołądka obecność kwasu solnego jest regułą, a brak tegoż kwasu wyjątkiem; przytem występują w tym razie pokaźne ilości kwasu solnego, odpowiadające normie lub przewyższające takową.

8) Błękit metylowy [metylviolett] nie nadaje się do wykazywania obecności kwasu solnego, gdyż ani występowanie tej reakcji [zmiana barwy fioletowej na niebieską] nie dowodzi jeszcze obecności kwasu solnego, ani brak tej reakcji nie przemawia bezwarunkowo za nieobecnością tego kwasu.

Ignacy Grundzach.

Wiadomości bieżące.

Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich.

Przegląd lekarski. Nr. 43. KOFFF. W sprawie chłonięcia chlorku rtęciowego z roztworu wodnego przez skórę. — BLUMENSTOK. Sprawa Ritter'ów.

ODPOWIEDZI REDAKCYI.

Panu W. G. stud. med.. Z pomiędzy bardzo licznych dzieł omawiających krytycznie homeopatyję zalecamy następujące:

SAHMEN G. T. J. Ueber die gegenwärtige Stellung der Homeopathie zur bisherigen Heilkunde. Dorpat. 1825

PEZZILLO R. Tentativo accademico per conciliare le discordi opinioni sui principii contraria contrariis, e similia similibus curentur. Napoli. 1826.

BIGEL. Examen théorique de la methode curative du Docteur HAHNEMANN. Varsovie. 1827
3 tomy, oraz ocena tego dzieła, przez LEO L. w wydawanym przez siebie: Magazin für die Heil-
kunde und Naturwissenschaften in Pohlen. Warszawa 1828. T. I, str. 33—72.

SIMON Fr. A. jun. Sammel Hahnemann Pseudomessias medicus, Hamburg. 1830.!

— Tenże. Der unsterblichen Narrheit S. Hahnemannii. . anderer, oraz dritter Theil. Ham-
burg. 1834.

— Tenże. Geist der Homöopathie. Hamburg. 1831.

GMELIN F. G. Kritik der Principien der Homöopathie. Tübingen. 1855.

STIEGLITZ. J. Ueber Homöopathie. Hannover. 1835.

BOCK C. E. Die Homöopathie, ein Gewebe von Täuschungen, Unwissenheit und Unwahr-
heiten. Leipzig. 1855.

JASIŃSKI Wł. Homeopatya, jej zasada i teoria działania jój leków, wyjaśnione krytycznie
rozbiorem dzieła D-ra KACZKOWSKIEGO. Lwów. 1865.

LEVITTOUX, H. List otwarty do przyjaciół ludzkości, z powodu artykułu o homeopatyi umie-
szczonego w N-rze 96 Dziennika warszawskiego. Warszawa. 1863.

— Tenże. Kilka słów w obronie nauki i prawdy z powodu odczytów publicznych p. Ku-
czyńskiego, homeopatyi. Warszawa. 1868.

— Tenże. Głos wołającego na puszczy wobec homeopatów z Lublina. Warszawa. 1868.

HAESER H. Lehrbuch der Geschichte der Medicin. Jena. 1868. str. 823—836.

CHĄDZYŃSKI J. Homojopatya w obec sejmu. Przegląd lek. 1869. Nr. 43—45.

Szczególniej uwagi godnemi są wymienione dzieła GMELINA i STIEGLITZA.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Ogłoszenia.

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

Wkrótce opuści prasę dzieło pod tytułem:

GRZYBK I CHOROBOTWÓRCZE

napisał

Maryjan Jakowski,

b. asystent kliniki dyjagnostycznej

Dzieło to zawiera 13½, arkuszy druku 7 tablic litograf. i rysunki w tekście.

Cena rs. 2 kop. 50, z przesyłką rs. 2 kop. 75.

Nabywać można u Wydawcy Gazety Lekarskiej Marszałkowska Nr. 119.

Nakładem Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich w Krakowie.

w y s z ł a:

D-ra Tadeusza Żulińskiego

HIGIJENA SZKOLNA.

wydanie pośmiertne

do druku przygotowane i uzupełnione

przez

D-ra Kazimierza Grabowskiego

Docenta Higijeny w Uniwersytecie Jagiellońskim.

Cena 1 złr. 60 c.

Skład główny w księgarni Gebethnera i Wolffa, jakoteż w Redakcyi Medycyny.

D-ra Alfreda Obalińskiego

Prof. Uniwersyt. Jagiell.

WYKŁADY Z ZAKRESU DRÓG MOCZOWYCH MĘSKICH

Kraków 1886. Cena 1 złr. 80 c.

Do nabycia w księgarni Gebethnera i Wolffa oraz w Redakcyi Medycyny. 0—1

Dr. E. Brühl,

ordynuje od 16 Września do 10 Maja w **Meranie**, Villa Livonia;

od 15 Maja do 15 Września w **Gleichenbergu**, Villa Max.

12—3

D-r W. MAYZEL wykonywa w swej prywatnej pracowni dla celów dyjagnostyki lekarskiej rozbiory chemiczne, mikroskopowe i bakteryjologiczne, analizy moczu, badania płwociny, nasienia krwi, mleka kobiecego i t. d. Poszukiwania mikroskopowe i bakteryjologiczne w najszerszym zakresie.

Ulica Szkołna 7 (od Marszałkowskiej 142).

0—2

W CHEMICZNO-MIKROSKOPOWEJ PRACOWNI

dla celów dyjagnostyki lekarskiej

D-ra E. PRZEWOSKIEGO

Prosektora Anatomii patologicznej w Cesarskim Warszawskim Uniwersytecie.

Dokonywa się wszelkich rozbiórów mikroskopowych i chemicznych, moczu, krwi, śluzu, nasienia, kału i t. d. (Chmielna 32).

0—7